LA FRANCE MÉDICALE

SOMMAIRE

Premier Paris. — Inauguration de la nouvelle Clinique d'accouchement. — **Revue clinique :** Du rein mobile et de son traitement, par le Dr E. Desnos. — **Clinique chirurgicale :** Grippe compliquée de parotidite suppurée, œdème de la glotte, trachéotomie, guérison, par le Dr de Lostalot. — **Bibliographie :** Des abus de la castration chez la femme, par le Dr Pichevin. — **Revue de la presse :** De la transformation du lait de vache en lait maternel artificiel. — Le lait cuit dans l'alimentation de l'enfant. — **Académie de médecine,** séance du 25 mars 1890, présidence de M. Moutard-Martin : Autographisme et stigmates. — Un cas de guérison de tétanos. — Nouveau procédé opératoire de strabisme par avancement musculaire. — **Académie des sciences,** séance du 24 mars 1890, présidence de M. Hermite : Substances solubles microbiennes. — **Société de chirurgie,** séance du 26 mars 1890, présidence de M. Terrier : Traitement de l'endométrite. — **Société médicale des hôpitaux,** séance du 21 mars 1890, présidence de M. Dumontpallier : De la rubéole. — **Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle,** séance du 26 mars 1890, présidence de M. Lagneau. — **Variétés :** Les étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris. — **Nouvelles.** — Index bibliographique. — Bulletin de la mortalité. — **Feuilleton :** L'assistance publique dans le département de Sambre-et-Loire.

PREMIER PARIS.

Paris, le 27 mars 1890.

M. Mesnet a réuni dans sa pratique hospitalière une jolie collection de faits bizarres observés chez des hystériques ou chez des malades dont l'équilibre cérébral laissait plus ou moins à désirer. La jeune femme qu'il a présentée mardi à l'Académie offre un très curieux exemple de ce qu'il a décrit sous le nom d'autographisme. Si l'on trace très légèrement sur la peau de cette malade avec la pointe d'un crayon des signes quelconques, la peau à ce niveau se soulève assez rapidement et forme un relief que l'on peut distinguer à une distance de 20 mètres, reproduisant exactement les lettres ou les figures que l'on a tracées.

M. Mesnet a basé son travail sur quatre faits semblables; comme il le faisait remarquer avec raison, il est heureux que ces quatre hystériques n'aient pas vécu au moyen âge, le bûcher aurait sans doute été le seul moyen employé pour guérir ces phénomènes dans lesquels on n'aurait pas manqué de voir des stigmates irrécusables de la présence du démon.

Les cas de guérison du tétanos ne sont pas encore bien communs, aussi M. Villemin a-t-il rapporté, de la part du Dr Solles, de Bordeaux, l'observation d'un malade guéri par l'hydrate de chloral, les injections sous-cutanées de pilocarpine et les bains de vapeur à outrance. Ces moyens étaient employés pour calmer les contractures tétaniques et pour favoriser l'élimination du principe infectieux du tétanos.

M. Motais (d'Angers) qui, depuis longtemps, s'est spécialisé dans l'étude des muscles de l'œil et du strabisme, propose un procédé opératoire destiné à obvier aux insuccès que l'on peut avoir dans l'avancement

FEUILLETON

L'ASSISTANCE PUBLIQUE
Dans le département de Sambre-et-Loire.

Suite (1).

XIII

Le bureau de bienfaisance et les hospices de Saint-Harmony avaient chacun une Commission administrative, la loi étant ainsi faite et voulant deux Commissions indépendantes. Cependant, à diverses reprises, les personnes qui s'intéressaient aux choses de l'Assistance publique avaient pu constater que c'était là une situation tout à fait regrettable, parce que ces administrations, ayant un fond de clientèle identique, donnaient parfois, chacune de son côté et, pour une même cause, des secours aux mêmes individus. Il y avait ainsi des double-emplois onéreux pour le bien des pauvres. — Le bureau de bienfaisance donnait des consultations et des médicaments; l'Hôtel-Dieu faisait de même; si bien que le moindre embarras gastrique coûtait deux prises d'ipéca ou deux doses d'huile de ricin. Le bureau de bienfaisance donnait aux malades quelques menus secours en argent en même temps que des secours en nature et, comme l'Hôtel-Dieu avait des fonds pour les secours en argent qui provenaient d'un legs spécial, les indigents allaient frapper aux deux portes et recevaient des deux mains.

Ces abus n'auraient pu exister avec une Commission unique; n'était-il pas logique de réunir en une seule les deux administrations?

Les gens attardés à la routine alléguaient que les bureaux de bienfaisance ont à secourir les indigents, et les hôpitaux les malades; mais alors pourquoi le bureau de bienfaisance donnait-il des soins médicaux? Et pourquoi les hôpitaux sont-ils autorisés à dépenser une forte part de leurs revenus en secours à domicile? Fallait-il nécessairement une Commission pour les secours à domicile et une pour les secours à l'hôpital et à l'hospice? On devait donc, pour être logique jusqu'à l'absurde, couper en deux la Commission administrative des hospices de Saint-Harmony et de beaucoup d'autres villes en France qui donnent des secours et des soins à domicile?

(1) V. *France médicale*, numéros 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12.

musculaire. Au lieu de sectionner complètement le muscle à avancer, il le laisse adhérer à son point d'attache par une petite languette médiane; de la sorte, si la suture manque, le tendon ne restant pas au point où il a été avancé, au moins le muscle reprendra sa place antérieure et l'on n'aura pas un de ces insuccès, rares assurément, mais qui ont pu jeter un discrédit immérité sur une opération des plus utiles.

A. Ch.

Inauguration de la nouvelle Clinique d'accouchement.

Vendredi dernier, le professeur Pinard inaugurait officiellement la nouvelle chaire de clinique obstétricale dont il est le titulaire; dès 9 heures du matin, une foule d'amis et d'élèves impatients d'écouter la parole si autorisée de notre maître remplissait les salles de la clinique Baudelocque; à son entrée dans l'amphithéâtre, une double salve d'applaudissements acclame le nouveau professeur qui, dans un langage ému, remercie maîtres et élèves de l'empressement qu'ils mettent à venir l'écouter, et de l'accueil si sympathique qu'ils lui font.

Entrant alors dans le fond de son discours, le professeur Pinard fait l'historique, pièces en mains, de ce qu'était l'assistance des femmes enceintes il y a cent ans; il montre le chemin parcouru depuis que l'enseignement est entre les mains des médecins, et n'est plus l'apanage exclusif des sages-femmes; l'impulsion est donnée par Mauriceau, Portal, Puzos, Baudelocque; cependant les progrès sont lents à se réaliser, l'enfantement est pénible, et à part la Faculté de Strasbourg, qui a été le premier berceau de l'enseignement obstétrical et gynécologique, nulle part on ne voit de véritable organisation ayant trait à l'instruction des médecins; ce n'est, en effet, que dans ces derniers temps qu'on entre véritablement dans une voie nouvelle qui doit être féconde tant au point de vue scientifique qu'au point de vue hospitalier; la création des services spéciaux d'accouchements ouvre une ère nouvelle et démontre victorieusement les avantages incontestables qu'on en peut tirer.

L'enseignement magistral ne reste pas en arrière du mouvement imprimé en France à l'étude de l'obstétrique; Dubois, Pajot réunissent autour d'eux un nombre considérable d'auditeurs et d'élèves, mais nul plus que le professeur Tarnier ne sut se mettre à la tête de ce mouvement scientifique, et s'entourer d'une véritable pépinière d'élèves qui deviendront à leur tour des maîtres; les immenses services rendus à la science et à l'enseignement obstétrical par le professeur Tarnier sont incontestés et reconnus par tous; les applaudissements qui retentissent alors dans l'amphithéâtre font voir combien notre maître a frappé juste en se faisant l'interprète de tous les auditeurs qui rendent un légitime hommage à la science et au dévouement du professeur Tarnier.

Notre maître a été certainement trop modeste en ne rappelant point la part si active et si féconde qu'il a déjà prise dans l'enseignement de la science obstétricale, mais ses élèves, et nous particulièrement qui l'avons déjà vu à l'œuvre lorsque nous étions son interne à Lariboisière, peuvent affirmer que ce qu'il a fait est un sûr garant de ce qu'il fera encore; une science profonde, un dévouement absolu pour tout ce qui a trait à l'obstétrique, un attachement qui ne se dément jamais pour ses élèves, ne sont-ce point là des qualités maîtresses?

Vraiment il n'y avait aucune bonne raison à invoquer pour le maintien de deux Commissions, et les gens qui, à bout d'arguments, imaginaient de dire que c'était le seul moyen de faire respecter les donations avec leurs attributions spéciales, disaient proprement une sottise et ne pouvaient ignorer que certaines administrations hospitalières ont quelquefois à satisfaire aux conditions de plus de cent legs qui se trouvent avoir 10 ou 12 attributions spéciales, ayant été faits en faveur de vieillards ou d'infirmes, de femmes ou d'enfants, d'orphelins, des blessés de l'industrie, des enfants trouvés, etc.; pourtant la même Commission administre tous ces fonds sans virements, sans confusion, et elle ne croit pas utile de se fractionner en autant de Commissions distinctes, sous prétexte de respecter les volontés des donateurs, lesquelles ne sont point en péril d'être violées.

En réalité le bureau de bienfaisance est l'antichambre de l'hôpital et de l'hospice; c'est une partie de l'édifice de la bienfaisance et il est difficile de concevoir pour quels motifs ces parties d'un même tout resteraient séparées.

Il y avait un moyen de les réunir malgré la loi; il suffisait de convenir que les deux Commissions délibéreraient ensemble. Cela paraissait simple et c'est ainsi qu'on a fait dans une grande ville du Nord; mais si on y avait d'abord réfléchi on aurait aisément compris que, tout en délibérant ensemble, les membres de l'une et l'autre Commission continueraient à rester séparés, ceux-ci représentant dans la réunion le bureau de bienfaisance et ceux-là les hospices; et qu'ils s'efforceraient de résoudre les questions: ceux-ci en faveur des intérêts du bureau de bienfaisance, et ceux-là en faveur des intérêts hospitaliers. C'était leur devoir d'en user ainsi. Et c'était le conflit permanent, le conflit organisé.

Le système que les membres de la Commission d'assistance de Sambre-et-Loire avaient trouvé institué à Rouen paraissait bien plus raisonnable: il s'agissait pour l'imiter de nommer deux Commissions, mais de les composer des mêmes membres. C'est ce que M. Nemo put faire avec l'aide du Conseil municipal de Saint-Harmony, et c'est ce qui fonctionne aujourd'hui, non seulement à Saint-Harmony, mais aussi à Oursignot et à Rouvrebosc.

En organisant ce système à Saint-Harmony on voulut copier ce qui se fait à Rouen, non servilement toutefois, mais avec des modifications qui paraissent être des perfectionnements.

Quoi qu'il en soit, voici comment les choses se passent

La clinique Baudelocque, située 125 boulevard Port-Royal, comprend 100 lits ; 60 lits de femmes accouchées, 24 lits de femmes enceintes, 12 lits pour le service de gynécologie, 4 lits pour l'isolement ; les consultations des femmes enceintes ont lieu tous les jours de 8 heures du matin à 6 heures du soir, les femmes en travail sont reçues le jour et la nuit ; le mercredi est réservé à la consultation de gynécologie ; les lundis et vendredis ont lieu les leçons cliniques à l'amphithéâtre.

On voit, par ce rapide exposé, les services que la nouvelle clinique d'accouchements est appelée à rendre tant au point de vue de l'enseignement qu'au point de vue hospitalier.

Dr A. Boissard.

REVUE CLINIQUE

Du rein mobile et de son traitement,

Par le Dr E. Desnos,
ancien interne des hôpitaux.

La singulière affection désignée sous le nom de rein mobile, de rein flottant, d'ectopie rénale, etc., est entrée depuis peu dans le domaine de la chirurgie. Avant d'aborder l'étude de son traitement, qui en constitue aujourd'hui le côté le plus intéressant, nous nous proposons de passer très rapidement en revue certains détails étiologiques et symptomatiques.

La fréquence beaucoup plus grande chez la femme (82 sur 96, Ebstein) a fait incriminer la congestion cataméniale, sans raisons bien plausibles et, plus vraisemblablement, la grossesse et l'accouchement qui ont pu déterminer un tiraillement, une laxité plus grande des moyens d'attache de la glande. Le traumatisme, invoqué quelquefois par les auteurs, doit toujours être recherché avec soin et, dans beaucoup de cas, surtout lorsqu'il s'agit d'un malade intelligent et attentif, on retrouve une cause occasionnelle plus ou moins nette. Tantôt le point de départ de l'affection est évident. Il s'agit d'un coup, ou plus souvent d'un effort brusque après lequel le malade a senti « quelque chose se décrocher » ; des douleurs se manifestent dès ce moment. Il y a lieu de se demander avec Le Dentu si le traumatisme a véritablement chassé de sa loge un rein qui avait avec elle des rapports tout à fait normaux ou s'il n'a fait qu'exagérer un déplacement spontané peu prononcé. Ailleurs, le traumatisme agit plus lentement, ses effets sont répétés et s'accumulent ; telles sont les secousses répétées du chemin de fer, la trépidation de la machine à coudre. Enfin, signalons l'usage du corset dont l'influence sur les déplacements du rein ne nous semble pas devoir être mise en doute et explique en partie la fréquence plus grande chez la femme.

Glénard (de Lyon) a appelé l'attention sur un mécanisme très particulier du déplacement rénal. Pour lui, dans des circonstances sur lesquelles nous ne pouvons insister, il se produit un relâchement des ligaments de l'intestin et de la plupart des viscères abdominaux. A la chute de l'estomac, à l'entéroptose se joindrait une néphroptose ou abaissement du rein. De plus, la dilatation de l'estomac détermine le séjour prolongé dans cette cavité des aliments qui s'y décomposent et donnent lieu à la formation des ptomaïnes : celles-ci, passant par le foie, l'irritent, le congestionnent et ce viscère augmenté de volume appuie

---

depuis cette réunion des deux services : Aucun malade n'est admis directement à l'hôpital hors les cas d'extrême urgence ; il doit d'abord ou bien se présenter à l'un des dispensaires du bureau de bienfaisance, ou prévenir qu'il est au lit et incapable d'aller à la consultation. Dans le premier cas le médecin du dispensaire donne la consultation, procède ou fait procéder au pansement, fait délivrer les médicaments utiles, et décide s'il y a lieu de soigner le malade au dispensaire, à la consultation duquel il doit se présenter régulièrement, ou s'il le faut soigner à domicile. Dans le second cas un médecin du bureau de bienfaisance visite le malade à domicile et, selon le besoin, ordonne qu'il continuera à être soigné chez lui ou bien qu'il sera transporté à l'Hôtel-Dieu. Les raisons de cette décision se trouvent non seulement dans la nature de la maladie, mais encore dans l'état de salubrité du logement qui permet ou empêche le traitement sur place. Les malades sont soignés à domicile par les médecins du bureau de bienfaisance ; et l'hôpital, avisé de la situation et trouvant une économie sérieuse à ne pas recevoir le malade, l'assiste d'un secours de 1 fr. ou 1 fr. 50 par jour suivant les circonstances. Ce secours peut être porté à 2 fr. si la famille est très malheureuse.

Par contre, dès qu'il est constaté qu'un malade ne peut recevoir de soins qu'à l'hôpital, l'admission est prononcée ; et le bureau de bienfaisance reste chargé de pourvoir aux secours à donner à la famille qui doit être temporairement assistée si c'est le père ou la mère dont le travail vient ainsi à manquer tout à coup.

Il résulte de là que le nombre des lits nécessaires aux soins des malades est aujourd'hui bien moins grand à l'Hôtel-Dieu, et que les économies qui en sont la conséquence ont permis à la Commission hospitalière d'augmenter dans une large proportion les secours en argent.

Pour les vieillards et les infirmes, ils restent à la charge du budget du bureau de bienfaisance tant qu'ils ne remplissent pas les conditions exigées pour leur admission aux hospices ; et, dès que ces conditions sont remplies, c'est l'administration des hospices qui s'en occupe et qui, par les secours qu'elle leur donne, s'efforce de les laisser le plus longtemps possible au milieu de leur famille. Beaucoup de vieillards restent ainsi auprès de leurs enfants et touchent un secours journalier de 1 fr. ou 1 fr. 50, un peu inférieur par conséquent au prix de journée des hospices. Par là les hospices réalisent une économie, et l'admission n'est plus prononcée que dans les cas où le vieillard est

sur le rein et le force à descendre. Aussi est-ce le rein droit qui, le plus souvent, est mobilisé. Nous verrons que dans beaucoup de cas, cette hypothèse se trouve vérifiée par l'examen clinique et que la plupart des dilatés de l'estomac présentent un abaissement du rein. Nous n'avons insisté sur ces faits que parce qu'il en découle d'importantes conséquences thérapeutiques.

Rien n'est plus variable que la symptomatologie du rein mobile. L'organe est parfois absolument indolent et les symptômes fonctionnels sont nuls. Nous observons en ce moment un cas de ce genre chez une jeune fille d'une vingtaine d'années. Une masse du volume d'une orange est rencontrée dans divers points de l'abdomen, des côtes à la fosse iliaque, de l'ombilic à la loge rénale où on peut les refouler et y percevoir le ballottement caractéristique. Non seulement cette femme ne ressent aucune douleur spontanée, mais les mouvements communiqués ne sont pas perçus; et il faut comprimer fortement la tumeur entre les doigts pour y déterminer une légère sensibilité. Une telle indolence n'est pas la règle et les malades ressentent une gêne plus ou moins pénible, aggravée par les mouvements spontanés ou communiqués, par une course en voiture, à cheval. Ailleurs, au contraire, les douleurs sont extrêmement violentes, exaspérées par les mouvements, les changements de position ou, par exemple, par le décubitus du côté opposé au rein mobile.

Elles cessent parfois subitement dès que le rein rentre dans sa loge, ou, au contraire, elles conservent la même acuité dans n'importe quelle condition; on est en droit alors d'attribuer toutes les douleurs à une névralgie de l'organe, circonstance dont il faudra tenir compte au moment d'instituer un traitement. Dans les cas ordinaires, les douleurs ne sont ni excessives, ni absentes; elles consistent en une sensation pénible, mal définie, de corps flottant, de ballottement de « quelque chose de décroché ». D'une façon générale, l'élément douleur est celui dont il faut tenir le plus grand compte dans les déterminations thérapeutiques qui varieront essentiellement suivant la sensibilité de l'organe.

Les autres symptômes sont peu marqués. On observe souvent des troubles digestifs; mais ici, il y a quelquefois confusion entre la cause et l'effet et nous savons que certaines dilatations de l'estomac s'accompagnent d'un déplacement du rein. Plus fréquents sont les troubles nerveux; l'hypocondrie, l'hystérie se sont parfois montrées aussitôt après qu'une ectopie rénale s'est manifestée.

Le rein mobile est appréciable par la palpation; tantôt, il flotte dans l'abdomen et est d'une mobilité telle qu'on a peine à le saisir et à le fixer, comme dans le cas de la malade que nous citions tout à l'heure; tantôt, il n'est que peu déplacé et il ne devient appréciable que grâce à certaines manœuvres d'exploration telles que celle du ballottement rénal du professeur Guyon ou du procédé décrit par Glénard. Tous les reins mobiles sont influencés par la position, par la marche, la station debout ou couchée; à ce point de vue, on peut les ranger en trois catégories : ceux qui rentrent dans la loge lombaire, ordinairement peu douloureux; les reins difficilement réductibles et qui donnent lieu ordinairement aux douleurs les plus vives; enfin, ceux qui ne peuvent plus revenir dans leur situation normale et qui ont définitivement perdu droit de domicile dans la loge lombaire.

---

tout à fait infirme ou sans famille. Cette combinaison est d'ailleurs éminemment morale en ce qu'elle ne permet plus aux enfants de se désintéresser du devoir filial. De plus, l'assistance d'un vieillard étant moins dispendieuse à domicile, un plus grand nombre peuvent être assistés et l'on a pu reculer l'âge effectif de l'admission dans les établissements hospitaliers.

Les hospices de Saint-Harmony ne sont plus si encombrés; il est vrai que l'un d'eux a été récemment reconstruit en dehors de la ville avec une quarantaine de lits en plus. Ce vieil hospice était précisément au centre des quartiers neufs où il occupait un très vaste emplacement et où il était une cause de gêne pour les communications; on a profité du percement de l'avenue de la gare pour céder à la ville le terrain de cette avenue qui coupait précisément l'établissement par le milieu et, grâce à la plus-value des terrains en bordure qui ont été vendus 150 francs le mètre en moyenne, on a pu reconstruire, à un demi-kilomètre en dehors de l'agglomération, un vaste établissement à rez-de-chaussée, bien situé et en bon air, et on a pu même réserver deux ailes dans les constructions neuves pour servir de maison de convalescence aux accouchées pauvres de la Maternité et du bureau de bienfaisance, et aux malades qui, sortant de l'Hôtel-Dieu, sont encore trop faibles pour reprendre immédiatement leur travail.

Cet établissement de convalescence est relié par le téléphone — (car on a déjà le téléphone à Saint-Harmony) — au siège de l'administration centrale du Bureau de bienfaisance qui correspond par le même moyen avec tous les gros négociants, industriels, entrepreneurs, de la ville et des faubourgs, et qui peut ainsi faire aisément l'offre de service des indigents désireux de travailler. C'est devenu un véritable bureau de placement. Les administrateurs estiment qu'en agissant comme ils font ils restent dans leur rôle et que le bureau de bienfaisance doit être la ressource *essentiellement temporaire* de toutes les misères. Donner du pain à celui qui en manque, cela est bien; mais lui donner le moyen de gagner lui-même ce pain qu'il mange, cela est mieux. Aussi les inscriptions sur les contrôles de l'assistance ne sont-elles faites, à St-Harmony, que pour un temps très court; et l'administration n'a-t-elle qu'un but : arriver à des radiations très nombreuses, très rapides des indigents inscrits. C'est pourquoi elle s'efforce de mettre les pauvres en état de gagner leur vie; et c'est aussi pourquoi il n'existe pas au chef-lieu de Sambre-et-Loire de ces indigents qui sont inscrits sur les registres du bureau

De l'anatomie pathologique, nous ne retiendrons que quelques faits. Tout d'abord, il est une distinction à établir : dans plusieurs publications, il est dit que les reins mobiles sont souvent altérés, qu'on en trouve atteints de lésions cancéreuses, tuberculeuses, que certains d'entre eux sont pyélitiques, etc. Il y a là, selon nous, une confusion : toute lésion qui a le rein pour siège et qui détermine une augmentation de son volume, amène par ce fait même un défaut de fixation; le rein tend à gagner la cavité abdominale, à se détacher de la paroi lombaire ; c'est cette disposition qui a été mise à profit par le professeur Guyon lorsqu'il a tracé les règles du ballottement rénal; mais ce n'est là qu'un phénomène surajouté, commun aux tumeurs rénales et qui n'emporte pas le diagnostic; dans ces cas, il s'agit avant tout de tumeurs des reins.

Tout autres sont les conditions du rein normal mobile. Néanmoins on retrouve certaines altérations constantes ; presque toujours il est augmenté de volume, résultat des congestions fréquentes auxquelles il est soumis.

Le pédicule est rarement allongé, quel que soit le degré de mobilité, fait en contradiction avec ce que la symptomatologie semblait faire prévoir. Il subit cependant une sorte de torsion car, il présente ordinairement son bord convexe en avant sous la paroi abdominale. Dans ces mouvements le péritoine l'accompagne ; mais s'il doit, dans les déplacements étendus, lui constituer une sorte de méso, il ne contracte pas d'adhérences dans ces diverses situations et lorsqu'on l'aborde par la voie lombaire on peut toujours l'isoler facilement de la séreuse. D'ailleurs le degré de fixation de l'organe est, on l'a vu, très variable, et autorise pleinement à faire une distinction entre le rein mobile et le rein flottant, cette dernière dénomination s'appliquant aux degrés de mobilité les plus prononcés.

Telle est, d'une manière très sommaire, la physionomie générale de cette affection. Pendant longtemps on est resté désarmé en sa présence et on devait se borner à prescrire des calmants, une hygiène particulière, moyens bien peu efficaces dans la plupart des cas et qui condamnaient les malades à des douleurs atroces et prolongées. Depuis une dizaine d'années la chirurgie est parvenue à en soulager un certain nombre et à empêcher le retour des mêmes accidents dans l'avenir.

Il ne faut pas en conclure que l'on doive opérer tout les reins qui présentent de la mobilité. Pour les uns, l'opération est inutile, pour d'autres elle est inefficace. En effet lorsque l'organe malade n'est pas douloureux, il est inutile de soumettre le malade à une opération destinée à amener la fixation de l'organe alors qu'il ne résulte aucun inconvénient pour lui d'une disposition anormale. Il sera temps d'agir plus tard si l'on voit survenir des douleurs.

Les cas où la dilatation de l'estomac accompagne la mobilité du rein obligent à instituer tout d'abord un traitement médical de cette dilatation. Sous l'influence d'un régime approprié, on constate souvent, à mesure que l'estomac revient sur lui-même, que la mobilité rénale diminue ou tout au moins que les douleurs s'atténuent et disparaissent. On ne devra donc jamais négliger de s'assurer de l'état de tube digestif et traiter tout d'abord les lésions qu'on y rencontrerait.

Lorsque ces moyens n'ont pas suffi ou que l'ectopie rénale reconnaît une autre cause, un traumatisme par exemple, c'est sur la glande elle-même qu'il faut agir.

---

depuis plusieurs générations : sorte de rentiers de la misère qui ont plusieurs quartiers d'indigence, comme on a des quartiers de noblesse, et qui ont perdu toute pudeur pour demander et toute fierté pour recevoir l'aumône. Ce qu'on veut faire à Saint-Harmony ce n'est pas la *charité*, c'est l'*assistance*; tout indigent est considéré comme un homme momentanément déchu qu'il faut plaindre, secourir, encourager et relever.

Aussi, dans les bureaux où se fait la distribution du pain, de la viande, du bouillon, du bois, etc., toutes les précautions sont prises pour éviter de froisser l'amour-propre des malheureux, on ne les appelle pas à haute voix à tour de rôle à la distribution; mais, à leur arrivée, ils passent individuellement dans le cabinet d'un employé qui prend leur nom et le porte en regard d'un numéro correspondant à celui d'un jeton qu'il leur remet. C'est par ce numéro d'ordre, qui naturellement change tous les jours, que les indigents sont ensuite appelés à la consultation, à la distribution des vivres ou des médicaments.

C'est à la demande de M. Nemo que cette mesure a été prise non seulement au bureau de bienfaisance, mais aussi au Mont-de-Piété dans les salles d'engagement et de dégagement où, maintenant, jamais un seul nom n'est prononcé tout haut. Ainsi on évite ces blessures faites à l'amour propre, qu'on croit légères et qui sont quelquefois des blessures faites à la conscience elle-même.

Il y avait depuis une cinquantaine d'années à Saint-Harmony une œuvre privée que le bureau de bienfaisance subventionnait et qui rendait quelques services aux pauvres ; cette œuvre était celle du *Prêt de linge* et les dames de la ville, les plus riches et les plus bienfaisantes, étaient les patronnesses. Ces œuvres existent d'ailleurs en diverses villes : il s'en trouve une à Riom en Auvergne, il y en a une autre à Amiens que tout le monde connaît sous le nom de *maison Cozette*; ce sont des œuvres bien intentionnées qui croient faire beaucoup de bien. En réalité elles en font un peu ; mais elles le font mal, parce qu'elles comprennent leur rôle comme le comprenait l'*œuvre du Prêt de linge* de Saint-Harmony il y a quelques années encore.

Cette œuvre prêtait du linge aux indigents : chemises, draps, serviettes, mouchoirs ; et comme on savait trouver là ce dont on avait besoin en fait de lingerie, il en résultait que les pauvres ne songeaient point à mettre de côté dans l'occasion ce qui était nécessaire pour acheter un peu de toile ou de calicot et se confectionner une petite linge-

Si le rein est réductible et si les douleurs cessent lorsqu'on le ramène dans sa loge anatomique, il faut chercher à l'y maintenir au moyen d'un bandage approprié, agir en un mot sur lui comme on le fait sur tout organe hernié.

Pour cela une simple ceinture peut suffire, mais il vaut mieux y adapter une pelote qui, placée au niveau du rein en avant et latéralement, le refoule vers sa loge normale. D'autres appareils plus compliqués ont été proposés, ils consistent d'une manière générale en une ceinture de tissu souple à laquelle est fixée une lame métallique, très élastique, supportant une pelote appliquée sur le rein.

Cette pelote peut suivre tous les mouvements du corps et est bien supportée ; malheureusement le rein est ainsi assez mal contenu et échappe facilement.

A ces procédés destinés à contenir le rein on devra dans des cas déterminés, s'adresser à la douleur, si elle persiste à un degré quelconque ; une médication calmante est alors indiquée ; les bromures ont paru réussir dans quelques cas, de même que l'antipyrine dans les crises les plus aiguës. Il va sans dire que si le rein flottant est le siège de lésions telles que la tuberculose, le cancer, s'il contient des calculs, les indications thérapeutiques sont modifiées et la mobilité passe alors au second plan.

C'est à ces moyens palliatifs que la thérapeutique était limitée il y a peu d'années. Aujourd'hui deux méthodes opératoires sont proposées : l'une très radicale consiste à faire une néphrectomie ; dans l'autre, on attire le rein vers la paroi abdominale postérieure où on le fixe dans sa situation normale : c'est la néphrorraphie ou néphropexie.

La néphrectomie a été tout d'abord pratiquée ; elle peut convenir dans certains cas où une néphrorraphie a donné des résultats nuls, et lorsque la douleur persiste avec un intensité égale. Elle est surtout indiquée chaque fois que l'organe ectopié est profondément altéré dans sa structure et que les chances de guérisons sont à peu près nulles. En pareil cas, nous le répétons, il ne s'agit pas à proprement parler d'un rein mobile, mais d'une tumeur rénale plus ou moins flottante dans l'abdomen ; l'élément douleur crée seulement une indication thérapeutique particulière.

Aujourd'hui la néphrectomie primitive pour l'ectopie rénale est universellement rejetée. Sacrifier un organe sain dont le fonctionnement est bon, faire courir de risquer d'une opération grave, souvent suivie de mort, pour des troubles plus ou moins intenses, des douleurs très violentes parfois, il est vrai, mais en somme pour une affection qui ne menace pas l'existence, a paru trop hasardeux. Une objection souvent faite est que la néphrorraphie donne des résultats incomplets et que les phénomènes reparaissant au bout d'un temps plus ou moins court, parfois même, dans certaines observations, dès que le malade reprend ses occupations. Cette objection perd de sa valeur tous les jours à mesure que les procédés opératoires se perfectionnent et que les causes d'insuccès sont mieux connues.

---

rie personnelle. Le prêt du linge tel qu'il se pratiquait était destructif de toute idée de prévoyance ; il y avait des gens qui, nés dans les langes de l'OEuvre, vivaient dans ses chemises et mouraient dans ses draps.

Mme Nemo, qui faisait partie de beaucoup d'œuvres privées dans le département qu'administrait son mari, s'était intéressée à celle-là d'une façon particulière et elle songea à chercher un moyen de perfectionner le mode d'assistance qu'on y pratiquait. Les autres dames patronnesses l'y aidèrent et étudièrent avec elle la question : chacune apportait ses lumières et aussi un peu celles de son mari, car les bons ménages sont nombreux à Saint-Harmony, et somme toute cette étude aboutit à diverses modifications faites aux règlements de l'œuvre et qui paraissent excellentes.

Actuellement et en vertu desdits règlements toute femme qui vient réclamer le secours de l'œuvre reçoit ce qui lui est nécessaire tant en draps que chemises et serviettes, mais elle doit en échange donner une heure de son temps pour le blanchissage et une heure pour la couture par chacune des pièces qui lui est confiée ; on lui demande en outre 5 ou 10 centimes comme prix de location. Seulement l'argent qu'elle paie ainsi ne profite pas à l'œuvre, il est au contraire porté au compte de l'indigent et s'augmente d'un salaire de 10 centimes donné pour chaque heure de travail ; en sorte qu'une pauvresse peut, à la fin de chaque mois, après avoir été fournie du linge nécessaire, se trouver propriétaire par le fait du salaire qui lui est donné, et du prix qu'elle a mis pour la location, d'une pièce de lingerie : chemise ou drap ou serviette qu'elle peut venir indéfiniment blanchir à la buanderie de l'œuvre qui lui fournit pour cela l'eau chaude, le savon, la place dans l'atelier de repassage, et toujours 10 centimes par pièce qu'elle blanchit alors même que cette pièce lui appartient.

Ainsi l'œuvre du Prêt de linge tend incessamment à mettre ceux qu'elle assiste en état de se passer de cette assistance. Ce n'est plus là la charité banale et l'aumône dégradante, c'est l'aide efficace, moralisatrice et féconde de l'assistance sagement entendue.

Le bureau de bienfaisance a offert à l'œuvre du Prêt de linge l'hospitalité d'une de ses maisons de secours où se trouve installée la buanderie centrale des établissements hospitaliers. C'est là que les orphelines des hospices apprennent à blanchir, à repasser, plier et raccommoder le linge. Elles y apprennent aussi la bienfaisance ; et elles y trouvent cette douceur, de faire le bien qui est un si vif plaisir pour la femme et qu'ainsi les dames riches de Saint-Harmony ne sont plus seules à pouvoir goûter.

(*La fin au prochain numéro.*)

Dr Henri Napias.

Hahn (de Berlin) pratiqua pour la première fois la néphrorraphie en 1881. Dans une première opération, ce chirurgien fit une incision lombaire parallèle au bord externe de la masse sacro-lombaire et arriva ainsi sur la capsule du rein comme s'il agissait d'une néphrotomie. Comme moyen de fixation il se contenta de passer des fils de catgut dans le tissu cellulo-graisseux périnéphrique et de fixer ainsi le rein aux bords de la plaie. La fixation était insuffisante et des insuccès suivirent ces tentatives : aussi Hahn modifia-t-il son procédé en comprenant dans une même nature la capsule propre et la capsule graisseuse. Des récidives plus au moins rapprochées se montrèrent encore.

Duret agit d'une manière sensiblement différente, en sectionnant la capsule graisseuse de façon à former 4 lambeaux qui sont ramenés en dehors et suturés à la plaie extérieure. Des fils plus ou moins nombreux sont passés ensuite dans la substance du rein au niveau de son extrémité supérieure et fixés au périoste de la douzième côte.

Les résultats furent meilleurs et la fixation du rein mieux assurée. Toutefois, il est un point de physiologie pathologique qui avait échappé à ces chirurgiens et sans la connaissance duquel on s'expose à des échecs.

C'est, en effet, Tuffier qui, dans ses expériences sur des chiens, a montré que le rein n'était pas susceptible de contracter des adhérences avec les tissus ambiants tant que sa capsule propre était intacte. Au contraire, ces adhérences s'établissent rapidement et acquièrent une grande solidité sur tous les points où on a enlevé une partie de la capsule et dans toute l'étendue où cette dénudation a été faite. Cette découverte a conduit au procédé suivant mis en pratique par MM. Guyon et Tuffier :

Les incisions lombaires étant pratiquées et le rein amené entre les lèvres de la plaie profonde, ces auteurs commencent par réséquer sur le bord convexe du rein un lambeau triangulaire très large et répondant à toute l'étendue de l'intervalle compris entre les deux lèvres de la plaie. Puis deux gros fils de catgut sont placés aux deux extrémités du rein qui est attiré et fixé. Enfin, une série de points de suture sert à assujettir la partie dénudée du rein qui sera mise ainsi en contact direct avec les parties molles.

Depuis lors, Tuffier modifia ce procédé en supprimant les dernières sutures. Son procédé mérite d'ailleurs qu'on lui consacre quelques détails. Les incisions premières sont celles de la néphrectomie. Au-dessous du carré lombaire, on rencontre la graisse périrénale recouverte par une aponévrose profonde; en bas, on sectionne; en haut, au contraire, par crainte de la plèvre, il faut déchirer ou refouler avec les doigts glissés sous l'aponévrose : on peut alors sectionner aux ciseaux ou au bistouri; mais il importe d'arriver jusqu'au niveau de la dernière côte, car c'est en ce point qu'on doit surtout manœuvrer.

Le côlon fait alors hernie dans la plaie, on le récline pendant qu'un aide, avec le poing placé sur la paroi abdominale antérieure, refoule l'organe ectopié vers sa loge. On dénude le rein de sa capsule graisseuse avec les deux index, dénudation lente et pénible, car la capsule échappe et sa friabilité empêche de la saisir avec des instruments.

On n'aperçoit alors dans la plaie que le tiers ou la moitié inférieure du rein, le reste de l'organe étant caché par la paroi costale. Tuffier passe alors deux fils de catgut ou de soie plate à la partie supérieure de la région découverte, puis il procède à la décortication du rein. Un lambeau triangulaire est tracé sur le bord convexe et sur les parties latérales; les extrémités de l'incision étant arrêtées à un centimètre du point de passage des fils; puis on saisit avec une pince une des extrémités du lambeau et on le déchire sans difficulté. Le très léger saignement qui en résulte cesse après une légère compression. On fixe alors les fils : les supérieurs dans l'aponévrose profonde du carré lombaire; les inférieurs dans le carré lombaire d'un côté, ses aponévroses de l'autre; on évite d'exercer une constriction trop grande qui amènerait une déchirure du rein. A cela, M. Tuffier a joint la fixation du côlon; en passant deux fils dans l'épaisseur de la graisse péricolique et dans la bande longitudinale de l'intestin.

La plaie étant lavée à l'eau phéniquée, on la ferme au moyen de sutures superposées en étages; et la peau est suturée au crin de Florence. M. Tuffier estime qu'un drain est inutile quand l'antisepsie a été parfaite. Un repos absolu dans le décubitus dorsal est nécessaire pendant trois semaines environ, car jusqu'à ce moment, les adhérences sont peu solides. Au bout de ce temps, la malade sera autorisée à se lever, mais il sera utile de faire porter une ceinture avec pelote rénale.

Tels sont les principaux moyens thérapeutiques employés pour remédier à l'ectopie rénale. Ainsi que nous l'avons dit, on se laissera surtout guider par l'intensité des douleurs. Tant que les palliatifs permettront d'obtenir une sédation suffisante pour rendre la vie supportable, c'est à eux qu'on devra s'adresser, soit qu'il s'agisse d'une médication calmante, applicable aux cas où l'élément névralgique est prédominant, soit qu'on emploie des appareils contentifs plus ou moins compliqués. Une opération sanglante sera réservée aux malades qui n'auraient pas été soulagés par les autres moyens. La néphrectomie est à peu près rejetée par tous les chirurgiens excepté lorsqu'il s'agit d'altérations rénales graves et alors l'extirpation est commandée par cette lésion primitive même et non par la mobilité. D'une manière générale, il est en effet très important de conserver le plus possible de substance rénale; à ce point de vue, la néphrorraphie est précieuse, puisqu'elle conserve tout entier un organe dont le fonctionnement n'est pas altéré.

Parmi les divers procédés employés jusqu'à ce jour, il est difficile de se prononcer dès aujourd'hui d'une façon absolue. Un procédé opératoire ne devrait être jugé et recommandé que lorsqu'on est certain des résultats qu'il donne, et pour cela, il est nécessaire de laisser écouler un temps fort long : un grand nombre d'opérées, en effet, dont la guérison a été publiée comme réalisée, ont présenté depuis des récidives. Néanmoins, d'après les éléments qui sont entre nos mains, l'opération de Tuffier semble posséder une réelle supériorité. Sans parler des résultats expérimentaux qui se sont maintenus, un certain nombre de malades restent aujourd'hui guéries et d'ailleurs la simplicité des manœuvres, la logique avec lesquelles les règles en ont été données plaident en sa faveur et semblent l'imposer comme devant rester l'opération de choix.

CLINIQUE CHIRURGICALE

Grippe compliquée de parotidite suppurée, œdème de la glotte, trachéotomie, guérison (1).

Par le Dr DE LOSTALOT.
Ancien interne des hôpitaux.

Henriette J..., âgée de 28 ans, entre le 16 janvier 1890 à l'hôpital de Lourcine-Pascal dans le service du Dr Pozzi où elle est admise d'urgence et par erreur, la malade ayant été reçue pour une affection médicale.

Les symptômes qu'elle présentait au moment de son entrée consistaient en frissons répétés, céphalalgie violente, courbature générale, anorexie, nausées, douleurs articulaires ; la température était de 38° le matin et atteignait 39° le soir. Comme seuls antécédants pathologiques, cette malade avait eu une attaque de rhumatisme articulaire aigu, et était depuis souvent sujette à des douleurs rhumatoïdes. Elle était déjà alitée depuis huit jours pour une grippe à forme pulmonaire, et le jour où elle fut admise à l'hôpital, on constatait encore des signes de bronchite répartis dans les côtés de la poitrine ; mais il n'existait encore aucun des symptômes qui ont révélé quelques jours plus tard le début d'une parotidite suppurée.

En présence de l'état infectieux dans lequel se trouvait la malade et sans que l'on pût dès à présent diagnostiquer une affection chirurgicale, je la fis passer dans le service de M. le Dr Balzer. Deux jours plus tard, les symptômes sus-indiqués augmentent d'intensité, la température atteint 40° ; il existe un peu de trismus ; l'examen de la gorge ne révèle rien d'anormal ; cependant M. le Dr Balzer constate une légère tuméfaction de la région parotidienne qui est tendue, un peu rouge, douloureuse à la pression ainsi que pendant les mouvements de mastication. Les phénomènes locaux augmentent d'intensité le jour suivant et la malade est renvoyée dans le service de M. Pozzi avec le diagnostic d'adéno-phlegmon probable de la loge parotidienne. En présence de l'encombrement existant à ce moment, la malade est admise dans une salle destinée aux vénériennes dont les soins sont entièrement dévolus par M. Pozzi à l'un des internes.

Le lendemain de sa rentrée dans cette salle (20 janvier) voici ce que je note chez la malade : température = 40° : frissons, délire, pouls à 140 pulsations, diarrhée, tuméfaction considérable de la région parotidienne qui est rénitente, de couleur rouge intense; un œdème inflammatoire considérable a envahi tout le côté droit de la face, déterminant l'occlusion complète de l'œil de ce côté ; la région sous-maxillaire est aussi gonflée que la région parotidienne ; la dépression sous-maxillaire a disparu ; la région sus et sous-hyoïdienne se continue directement avec la région mentonnière ; l'œdème a envahi avec à peu près la même intensité le côté gauche du cou. Le 21 janvier, les deux joues et les deux côtés du cou sont tellement gonflés que la tête de la malade est informe ; les symptômes d'ataxo-adynamie sont très marqués, la température = 40°,5, le pouls = 145, soubresauts des tendons du poignet ; la voix est angineuse, il existe une paralysie du voile du palais caractérisée par le rejet, par le nez, des liquides que l'on fait prendre à la malade.

Malgré l'absence de fluctuation, ce qui ne m'empêche pas pour cela de croire à l'existence d'une collection purulente plus ou moins profonde, j'incise profondément la région parotidienne ; il ne s'écoule que du sang noir mélangé d'un peu de pus qui infiltre le tissu cellulo-adipeux.

Je pratique également des incisions avec le thermocautère dans les endroits les plus enflammés ; drainage profond jusqu'au voisinage du larynx ; lavage de toutes ces parties avec la solution phéniquée à 1/20 ; la malade semble n'éprouver aucune douleur, pansement humide phéniqué ; le soir la température = 39°,6.

Le 22 janvier l'œdème a diminué à la face, mais les mêmes symptômes infectieux persistent ; la voix est un peu cassée, trismus, respiration difficile ; dans l'après-midi se déclare un accès de suffocation dû à un œdème de la glotte qui met rapidement la malade dans un état d'asphyxie tel que je pratique instantanément la trachéotomie avec l'aide de mon collègue M. Lafitte : incision des tissus jusqu'à la trachée avec le thermocautère ; ouverture de la trachée avec le bistouri, et placement de la canule ; ces deux derniers temps de l'opération ont été rendus difficile par l'épaisseur considérable du cou ainsi que par la situation de la trachée qui était fortement refoulée à gauche, à 3 centimètres environ de la ligne médiane. La malade ne respirait plus depuis quelques instants lorsque l'opération a été terminée, malgré toute la rapidité

(1) Communication faite à la Société clinique de Paris.

avec laquelle celle-ci a été faite ; après une respiration artificielle de 5 minutes la malade est revenue à elle. Le 23 janvier, survient un emphysème sous-cutané de la partie supérieure de la région sternale ; cet emphysème distendant les mailles du tissu cellulaire présternal et du creux sus-claviculaire devient rapidement la cause d'une fusée purulente qui envahit toutes les parties distendues par l'air : incisions qui laissent évacuer environ un demi-litre de pus, drainage et lavage avec la solution phéniquée forte.

A partir de ce moment, les symptômes infectieux diminuent rapidement, la température = 38°,5 ; une suppuration abondante s'écoule par toute les incisions ; la canule est retirée le 25 janvier et la plaie cervicale obturée avec de la gazè iodoformée. A partir du 25 janvier, élimination d'eschares et de débris de glande parotide mortifiés ; il est pratiqué deux fois par jour des lavages avec une solution phéniquée à 1/40.

Aujourd'hui, 30 janvier, la température ne dépasse plus 37°, la trachée est fermée, la suppuration tarie, les plaies tendent vers une cicatrisation rapide, les traces que laisseront les incisions seront peu marquées. Durant toute la phase infectieuse de la maladie, on a fait absorber quotidiennement à la malade 250 grammes de rhum et une bouteille de vin de Champagne ; tous les soirs on administrait également un lavement de 2 grammes de sulfate de quinine.

Réflexions. — Il s'est agi manifestement dans le cas présent d'une parotidite suppurée survenue comme complication d'une attaque d'influenza. Nous sommes en droit d'attribuer la guérison de la malade aux nombreuses et profondes cautérisations faites avec le fer rouge, ainsi qu'au drainage et lavages antiseptiques soigneusement répétés. Bien qu'aujourd'hui la plupart des chirurgiens se servent exclusivement du bistouri pour les trachéotomies des adultes, nous avons cru devoir nous servir dans le cas présent du thermocautère en raison de la congestion intense des tissus du cou et de la crainte que nous avions de faire tomber dans la trachée un sang infecté dont la présence dans les voies aériennes aurait pu entraîner tout aussi bien une gangrène pulmonaire.

L'alcool en abondance ainsi que le sulfate de quinine que nous avons administrés nous semblent également avoir contribué pour une bonne part à l'heureuse terminaison de l'affection.

BIBLIOGRAPHIE

—

Des abus de la castration chez la femme,
par le Dr Pichevin, Paris, 1890.

« L'heure est propice aux confessions et aux aveux ». Telle est la première phrase de ce livre dont le titre seul faisait prévoir une œuvre de critique sincère et de courageuse franchise. Il est toujours difficile, pour mille et mille raisons, de traiter des abus commis ; il faut craindre de froisser bien des susceptibilités puissantes en dénonçant les petites infamies mercantiles dont ces *puissances* sont journellement coupables ; il faut craindre d'autre part de susciter dans les esprits bons, confiants et souvent volontairement aveugles, la pensée erronée que la jalousie seule, la pâle envie a dicté les pages indignées où l'on a laissé courir la plume emportée par le flot des vérités qui s'y pressent ; il faut craindre aussi, et c'est là le véritable écueil, le véritable danger, de ne pouvoir fournir les preuves de ce que l'on sait pertinemment, de ce dont on a été témoin et parfois complice. Les faits malheureux et coupables ne sont *jamais* ou *très rarement publiés* ; les connaîtrait-on, l'on serait mal venu de se faire le révélateur, le dénonciateur de ceux qui ne vous appartiennent pas n'étant pas publiés ; le seraient-ils que, dans ce cas, on serait encore arrêté, leurs auteurs méritant tout égard, ayant été honnêtes en révélant leur erreur.

Aussi doit-on se résoudre à faire un livre d'appréciation générale, et non de faits soigneusement étudiés et soigneusement recherchés ; livre dans ce cas toujours attaquable par ceux qu'il est chargé de stigmatiser, par les gens de mauvaise foi qui passeront à côté, souriront dédaigneusement sans paraître se reconnaître, lèveront doucement les épaules en disant : « Des mots, des accusations en l'air, mais pas un fait venant prouver le dire de l'auteur », et ils continueront leur joli métier.

Et pourtant, si l'auteur l'avait voulu, il eût pu trouver des faits publiés pour d'autre raison, où l'on trouve relatées des laparotomies inutiles et non légitimées, où l'on trouve des ovaires enlevés chez des hystériques qui n'en restent pas moins hystériques que par le passé, mais sont pour le restant de leurs jours adornées d'une énorme éventration, et livrer d'autres faits semblables que connaissent tous ceux qui ont un peu approché de la pratique chirurgico-abdominale actuelle.

Néanmoins, comme, du reste, le dit l'auteur, cet enthousiasme irréfléchi a sévi surtout à l'étranger. En France, nous avons été peu atteints, et, sauf quelques exceptions, peu honorables d'ailleurs et n'atteignant nullement l'honneur de la chirurgie française qui les connaît bien, la très grande majorité des chirurgiens de notre pays a tenu à honneur de continuer à mériter l'appréciation flatteuse de Spencer Wells : « Ce n'est pas la première fois qu'il y a quelque chose de meilleur dans la manière de faire des Français que ce que nous faisons en Angleterre. »

On a donc peu castré, relativement, en France, et déjà nous voyons les laparotomistes les plus sûrs d'eux-mêmes, n'avoir recours à la castration que dans les cas les plus formellement indiqués. M. Pichevin s'élève, et avec juste raison, contre la laparotomie

explor atrice, il est certain qu'elle a servi, dans nombre de cas, à dissimuler une erreur de diagnostic; mais alors ce n'est pas contre elle qu'il faut s'élever, mais bien contre le chirurgien qui l'a faite à tort. Il ne faut pas la rejeter d'emblée et elle est légitimée dans deux cas bien nets: lorsqu'elle est le premier temps d'une intervention que l'on espérait mener à bien, mais que, *vu* la gravité des lésions, on est forcé de ne pas exécuter; lorsqu'ayant trouvé *quelque chose* par les signes objectifs et subjectifs on ne peut affirmer le diagnostic, et qu'on se voit forcé, sans avoir affirmé celui-ci, de faire une laparotomie qui, primitivement exploratrice, devient curatrice d'après les indications qu'elle révèle.

Quant à la castration en elle-même, ses résultats sont trop aléatoires pour qu'on puisse la croire autorisée dans les métrorrhagies de cause inconnue et les troubles dysménorrhéiques. Elle doit être définitivement condamnée dans les cas d'hystérie, d'hystéro-épilepsie, d'épilepsie, de manie, de folie, et on peut traiter de « folies opératoires » les castrations dirigées contre la nymphomanie, la masturbation et la morphinomanie.

Dans les salpingites et les oophoro-salpingites, une thérapeutique plus sage, plus conservatrice, remplacera souvent avec avantage la castration ou la salpingectomie, qui ne devront être réservées qu'aux cas graves où la destruction fonctionnelle des trompes et des ovaires est manifeste. Les abus faits en de telles conditions que signale avec raison le Dr Pichevin, peu à peu s'effaceront et dans les dernières séances de la Société de chirurgie il a été possible d'entendre le plus grand nombre des chirurgiens défendre et admettre la possibilité des guérisons de certaines salpingites sans castration et sans faire courir à la patiente les dangers de cette très grave intervention. Il faut savoir, en effet, que la castration est loin d'être une opération bénigne et Palk avoue que dans les meilleures statistiques elle donne encore 10 0/0 de mortalité et Just Championnière avance qu'elle « est plus grave que l'ovariotomie ». Aux dangers de mort il faut ajouter encore toutes les complications qui résultent souvent du fait seul de l'ablation d'organes vitaux tels que les ovaires.

En somme, peu nombreuses sont les indications de cette opération à un moment si défendue, et qui se relèvera difficilement du terrible assaut que vient de lui livrer le livre du Dr Pichevin. Nous avons peut-être à regretter qu'il n'ait pas poussé son audacieuse campagne jusqu'au bout en citant des faits; nous avons donné au début de cette critique les raisons qui l'ont déterminé à rester ainsi historien discret et adversaire loyal, nous ne pouvons lui en vouloir.

Il a su accumuler les opinions des auteurs de tous pays et a pu montrer ainsi comment peu à peu l'accord se faisait contre la castration de la femme. Il aura, croyons-nous, en menant cette campagne, rendu grand service, et, s'il trouve des opposants, si ses raisons honnêtes ne sont pas entendues par ceux surtout qu'elles veulent atteindre, il sera compris de tous ceux qui aiment la vérité et la franchise.

F. Verchère.

REVUE DE LA PRESSE

De la transformation du lait de vache en lait maternel artificiel, Dr Schmidt. (*Deutsche med. Zeit.* n° 7, 90.) — A l'inverse d'une ancienne opinion qui représente le lait de vache comme peu différent du lait maternel, il est bien démontré aujourd'hui que ce dernier représente un aliment pauvre en albumine et riche en sucre de lait, ce qui est l'inverse pour le lait de vache. Dans le lait maternel, le rapport des matériaux nutritifs est environ 1 : 10, tandis qu'il est 1 : 3 dans le lait de vache. Au point de vue physiologique, il n'y a donc pas équivalence entre les deux laits. Pour atteindre ce but, l'auteur recommande l'emploi d'une solution de sucre de lait à 11 ou 12 p. c. à la place de l'eau. L'on mélange deux volumes de cette solution à un volume de lait de vache qui renferme 3 p. c. d'albumine, 3, 6 p. c. de graisses, 4, 8 0|0 de sucre de lait et 0, 6 0|0 de cendres, on obtient un liquide qui renferme 1 p. c. d'albumine, 1, 2 p. c. de graisses, 8, 9 0|0 de sucre et 0, 2 p. c. de cendres. Or le liquide obtenu est sensiblement de même composition que le lait maternel et comme lui se coagule en masses finement granuleuses au lieu de donner un précipité cailleboté.

Le lait cuit dans l'alimentation de l'enfant, Dr Budde (*Deutsche med. Zeit.* n° 7, 90.) — Jusqu'en ces dernières années on a considéré la différence de composition chimique entre le lait maternel et le lait de vache comme étant la principale cause pour laquelle ce dernier était moins bien supporté. Plus récemment on a accordé plus d'attention aux impuretés provenant des microorganismes comme pouvant donner lieu aux troubles digestifs. On a même affirmé que le lait de vache stérilisé est aussi bien digéré dans l'intestin normal de l'enfant que le lait maternel. Un appareil imaginé par Soxhlet a été employé dans ce but, mais il ne peut être à la portée de tout le monde. On s'est demandé si la simple ébullition du lait pouvait suffire. En ce qui concerne les bactéries pathogènes que le lait peut renfermer, la cuisson reste effective. Hueppe a démontré que l'ébullition ne suffit pas pour les détruire. De là la nécessité de faire bouillir chaque fois la quantité de lait à donner à l'enfant.

Cette ébullition peut-elle modifier la composition du lait et partant sa digestibilité? Si le récipient employé n'est pas couvert, l'eau s'évapore et il se forme une toile qui renferme une quantité d'albumine et de chaux qui n'est pas négligeable. Si le récipient est couvert, l'évaporation est beaucoup moindre et le lait conserve une partie de ses substances aromatiques.

L'expérience montre que le lait ne perd rien de sa digestibilité par sa cuisson répétée ; les ferments se détruisent, ce qui fait que le lait n'est pas exposé aux fermentations, et se présente sous une forme parfaitement digestible.

Fr. Maar recommande le lait stérilisé dans le traitement de la dyspepsie des enfants, mais seulement lorsqu'on a débarrassé l'intestin des matières en fermentation qu'il peut contenir par l'emploi du calomel par exemple et après avoir supprimé le lait pendant plusieurs jours.

Ces fermentations intestinales portant sur le lait ingéré entretiennent la diarrhée. Le Dr Luff et Mingworth recommandent un traitement antiseptique qui consiste dans l'administration de 0, 01 de iodure de mercure dissous dans l'iodure de potassium et associé à 0, 05 d'hydrate de chloral. Le sel de mercure possède la propriété de se combiner aux ptomaïnes du lait et de les transformer en produits insolubles. Le médicament est très rapidement absorbé et se retrouve dans les urines deux heures après son emploi. Sur 80 cas de diarrhée infantile aiguë traitée par cette méthode, la diarrhée fut arrêtée en 2 jours dans 72 cas, en 4 jours dans cinq cas, en 7 jours au plus tard dans les autres.

L. Jumon.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 25 mars 1890. — Présidence de M. Moutard-Martin.

La correspondance comprend : 1° un rapport sur les eaux thermales d'Hammann R'irha, par le Dr Lamarque ; 2° un rapport sur les vaccinations et revaccinations pratiquées au 117e régiment de ligne à la Flèche, par le Dr Famechon, médecin-major ; 3° un rapport sur les eaux de Salies de Béarn, par M. Gauly, interne des hôpitaux de Paris.

M. le président déclare une vacance dans la section de pathologie chirurgicale en remplacement de Ricord, et une vacance dans la section de pathologie médicale en remplacement de Damaschino.

Autographisme et stigmates. — M. Mesnet fait passer sous les yeux de l'Académie quelques-uns des stigmates qui, au moyen âge, accusaient le mieux la présence du démon. Il était admis que le diable marquait habituellement sa présence par quelque chose du côté de la peau. Les stigmates avaient, devant la justice, une importance capitale. Voyons ce qu'ils sont aujourd'hui au point de vue nosologique.

Il y a une dizaine d'années, il y avait à l'hôpital Saint-Antoine une femme nerveuse chez laquelle il suffisait de poser un crayon à la surface de la peau pour y dessiner immédiatement en relief un dessin quelconque. Il y avait une analgésie complète ; le moindre contact de la peau produisait en même temps une rougeur vive et diffuse, deux minutes après, la lettre qu'on avait tracée commençait à paraître sous forme d'une ligne pâle, prenant ensuite un relief de plus en plus saillant ; on pouvait produire ainsi des inscriptions qui se voyaient à 20 mètres de distance. M. Mesnet fait passer sous les yeux des membres de l'Académie des photographies de cette malade avec ces inscriptions. Il a donné à ces faits le nom d'autographisme.

M. Mesnet a observé quatre faits du même genre et c'est sur ces quatre observations qu'il base son étude. Ces malades présentaient toutes les manifestations de l'hystérie. Chez elles le phénomène produit est toujours le même, que la peau sur laquelle on agit soit ou non anesthésique. L'autographisme est donc un acte réflexe. Ce n'est pas un acte transitoire et éphémère : M. Mesnet surveille ces malades depuis 10, 6, 4, et 2 ans ; l'autographisme existe toujours chez elles.

L'autographisme ne peut être confondu avec la raie méningitique et typhoïdique. L'urticaire semble appartenir au même groupe nosologique ; l'autographisme, comme l'urticaire, se rattache à une cause matérielle, à un contact et se produit toujours en saillie.

L'autographisme ne s'est rencontré que chez des hystériques, mais d'autre part, c'est un phénomène très rare de l'hystérie. Ces malades sont facilement hypnotisables.

Si une femme avait présenté au moyen âge des stigmates de ce genre, elle aurait eu de la peine à éviter le bûcher, mais dans les livres écrits sur cette époque, M. Mesnet n'a rien trouvé d'analogue.

Un cas de guérison de tétanos. — M. Villemin lit une observation de guérison de tétanos recueillie à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, par M. le Dr Solles et son interne M. Fromaget. Le chloral a été donné contre les contractures tétaniques, puis les injections sous-cutanées de pilocarpine et les bains de vapeur à outrance pour éliminer les ptomaïnes toxiques qui, dans la pensée des auteurs, seraient produits par le principe infectieux du tétanos (Comm. : MM. Alph. Guérin et Nocard).

Nouveau procédé opératoire de strabisme par avancement musculaire. — M. le Dr Motais (d'Angers). Il est arrivé aux plus habiles opérateurs que la suture pratiquée dans l'opération du strabisme par avancement musculaire ne tient pas. Alors, le malade louche plus après l'opération qu'auparavant, le tendon, au lieu d'être avancé, reculant en deçà de l'insertion normale ; il est alors difficile d'aller à la recherche du tendon au milieu du tissu cicatriciel et d'appliquer une nouvelle suture sur des fibres tendineuses dissociées.

Rendre l'avancement musculaire tout au moins inoffensif, même lorsque la suture ne tient pas, tel est le but de ce procédé. Après avoir mis à nu l'insertion tendineuse, soulevé le tendon avec un crochet, traversé avec les fils les bords du tendon, la conjonctive et la capsule, M. Motais sectionne l'attache tendineuse, mais il laisse une languette médiane de 1 à 2 millimètres. Pour rendre plus mobiles les deux bords qui doivent être avancés, il les détache par deux coups de ciseaux, en remontant le long de la languette médiane, sur une longueur de 8 à 10 millimètres, en prenant soin de ne pas couper les fils déjà placés. L'opération se termine comme dans le procédé ordinaire.

M. Motais a mis 18 fois ce procédé en pratique. (Comm. : MM. Panas et Javal.)

A quatre heures un quart, l'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Hérard sur les candidats au titre d'associé national. Les candidats sont présentés dans l'ordre suivant : En 1re ligne *ex æquo*

MM. Raimbault (de Chateaudun) et Diday (de Lyon); en 2e ligne *ex æquo* MM. Levieux (de Bordeaux), Mignot (de Chantelle), Nivet (de Clermont-Ferrand) et Rollet (de Lyon).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 24 mars 1890. — Présidence de M. Hermite.

Substances solubles microbiennes. — M. Bouchard. Je dépose, au nom de M. Gamaleïa, une note établissant que le vibrion de Koch provoque l'entérite à l'aide d'un produit diastasique sécrété par lui. Ce produit ne confère pas l'immunité.

Ces faits me remettent en mémoire les observations personnelles que j'ai pu faire en 1884. A cette époque, j'ai vu la cyanose, des secousses musculaires, la diarrhée, l'albuminurie, se développer à la suite de l'injection intra-veineuse d'urines de cholériques. Avec le vibrion ou ses sécrétions, M. Gamaleïa dit obtenir des phénomènes semblables. Je dois toutefois reconnaître que j'avais échoué, lorsque, au lieu de me servir des urines, j'avais utilisé les cultures du bacille-virgule, introduites dans le corps de l'animal jusqu'à la dose de 40 cent. cubes par kilo et davantage, dose bien supérieure à celle de 10 cent. cubes mentionnée dans la note que je présente.

Quant à la part de toxicité qui, dans les produits microbiens, appartient aux diatases, elle ressortait déjà des expériences de Christmas, d'Arloing, de Roussy, de Roux et Yersin.

M. Gamaleïa dissocie le pouvoir vaccinant du pouvoir toxique. Ces faits ressortent, je saisis cette occasion de le dire, de recherches poursuivies depuis plusieurs mois, dans mon laboratoire, par MM. Arnaud et Charin. Lorsqu'on distille les cultures du bacille pyocyanique, on recueille un liquide extrêmement peu toxique et dont l'injection augmente pourtant la résistance du lapin à l'action du virus. Le résidu de l'évaporation est morbifique et vaccinant. Si, en outre, on récolte tout ce que l'alcool peut précipiter des bouillons de culture, et qu'on reprenne par l'eau ces précipités, on obtient un liquide sans réaction sur l'amidon, dont l'injection provoque des phénomènes toxiques intenses et n'augmente que dans de faibles proportions la résistance de l'animal.

Ces résultats conduisent à penser qu'il y a multiplicité parmi les substances morbifiques, et qu'il n'existe pas de parallélisme absolu entre le pouvoir toxique et le pouvoir vaccinant des sécrétions microbiennes. Ce sont là des idées que j'ai autrefois défendues devant l'Académie, et que les expériences de l'heure présente tendent à confirmer.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 26 mars 1890. — Présidence de M. Terrier.

Traitement de l'endométrite. — M. Reynier a pratiqué le curettage et a eu des améliorations immédiates ; mais, au bout de cinq à six mois, les symptômes ont souvent reparu. Sur 15 opérations de ce genre, il n'a pu enregistrer que 5 guérisons complètes.

Il a voulu essayer alors le traitement par les flèches de chlorure de zinc et a vu les hémorrhagies cesser immédiatement, mais pour reparaître un peu plus tard, et pourtant il retient ses malades au lit jusqu'au retour de l'époque menstruelle, c'est-à-dire pendant trente-cinq ou quarante jours. De plus, les inconvénients de la cautérisation avec la pâte de Canquoin sont nombreux. Les douleurs sont très vives. Chez toutes ses malades, il y a eu un peu de fièvre au moment de la chute de l'eschare, et, chose plus grave, sur 6 malades il a eu trois fois de l'atrésie du col. Cette atrésie peut être rapide, mais le plus souvent elle s'opère lentement.

Aussi, est-il revenu au curettage avec cautérisation consécutive au chlorure de zinc ou à la créosote.

M. Reynier pense que le curettage prépare la cautérisation et permet de la rendre efficace.

M. Polaillon a été étonné de voir M. Pozzi comparer la cautérisation par les flèches avec l'application au pinceau d'une solution de chlorure de zinc. Cette dernière pratique est forcément incomplète, le liquide étant retenu par le col au moment où le pinceau y passe et s'y essuie en quelque sorte. Il s'ensuit que la cavité utérine n'est pas atteinte par le topique.

Quant à l'atrésie du col, elle n'arrive que si la cautérisation dépasse les limites voulues, et il rappelle qu'il se sert en général de flèches de 2 millimètres 1/2 de diamètre, allant jusqu'à 5 millimètres dans les cas où l'utérus est grand et les altérations profondes.

Le curettage produit aussi des sténoses du col et surtout quand on le fait suivre d'une cautérisation au chlorure de zinc. De plus, avec la curette mousse, il est insuffisant, avec la curette tranchante, il devient un procédé presque trop chirurgical et qui ne doit pas être accepté par toutes les malades.

La cautérisation par les flèches de chlorure de zinc est simple, au contraire, n'est certainement pas applicable à tous les cas, mais réussit parfaitement dans les métrites chroniques anciennes et surtout chez les femmes voisines de l'âge de la ménopause.

M. Bouilly fait remarquer que les résultats obtenus par M. Polaillon paraissent être meilleurs que ceux consignés dans une thèse toute récente qui donne les chiffres suivants :

Sur 30 cas de cautérisation suivant le procédé préconisé par M. Polaillon, 21 fois il y a eu atrésie consécutive du col avec arrêt des règles et impossibilité d'introduire l'hystéromètre et les 9 autres malades n'ont pas été suivis.

M. Polaillon pense que dans tous ces cas la cautérisation aura été poussée trop loin.

Eugène Rochard.

(La fin de cette séance sera donnée dans le prochain numéro.)

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX.

Séance du 21 mars 1890. — Présidence de M. Dumontpallier.

De la rubéole. — M. Juhel-Rénoy relate les observations de 7 malades, dont 4 de la même famille, et en tire les conclusions suivantes :

La rubéole est un exanthème contagieux, certainement

parasitaire, comme le démontreront un jour les études bactériologiques. Sa transmission s'opère avec une facilité aussi grande que la rougeole. Comme cette dernière, elle paraît affectionner l'enfance, mais elle n'épargne nullement l'âge adulte. Son incubation semble être de quinze jours. Les caractères de l'éruption sont le polymorphsme avec prédominance du type morbillo-scarlatiforme. Elle apparaît brusquement, presque sans prodromes, s'accompagne exceptionnellement de catarrhe des muqueuses, et, dans la généralité des cas, trouble peu l'état général. Cette discordance est capitale pour le diagnostic de la rubéole d'avec les autres fièvres éruptives.

Les adénites multiples paraissent constantes et sont l'élément de diagnostic le plus important. Elles peuvent précéder l'éruption de plus de huit jours. La desquammation est toujours légère, la marche rapide, la guérison la règle.

Il convient d'isoler les malades et d'exiger pour leur rentrée dans les écoles, les certificats usuels pour les maladies contagieuses.

M. Huchard a observé il y a une dizaine d'années des éruptions tout à fait semblables et il pense que ces cas sont plus fréquents qu'on ne le croit. L'engorgement ganglionnaire lui a paru moins marqué que dans les cas de M. Juhel-Renoy.

Chez quelques malades, il a remarqué de la rougeur de l'arrière-gorge, parfois un peu de fièvre. La rubéole paraît bien être une affection indépendante, mais souvent on passe à côté d'elle sans la reconnaître.

M. Talamon. Dans un cas publié de M. Lecorché et moi, il y avait également la rougeur scarlatineuse de la gorge dont a parlé M. Huchard et du gonflement des amygdales.

Classification des formes de la variole. — M. Talamon lit un mémoire sur ce sujet.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE PUBLIQUE ET D'HYGIÈNE PROFESSIONNELLE.

Séance du 26 mars 1890. — Présidence de M. Lagneau.

L'ordre du jour appelle la discussion sur la communication faite par M. Letulle dans la dernière séance.

M. Drouineau s'élève contre la tentative de M. Letulle, de généraliser à la médecine de province les recommandations qu'il faisait pour la pratique des hôpitaux de Paris. Dans une grande ville de France, pourvue d'une faculté de médecine, que vient de visiter l'orateur, il n'y a même pas d'étuve à désinfection et pas de service d'isolement des maladies contagieuses. Dans beaucoup d'hôpitaux, il n'y a pas de crachoirs, pas de lits de fer. Dans un tel milieu, un médecin peut être aussi propre que possible, il lui sera difficile de ne pas emporter avec lui quelques-uns des germes des malades auxquels il aura donné des soins.

Pour la clientèle privée et surtout pour celle des campagnes et des familles pauvres, les prescriptions de M. Letulle sont impraticables. Dans ce cas, la responsabilité médicale disparaît entièrement. Le médecin n'est que trop souvent impuissant à se prémunir lui-même et à prémunir les siens.

M. Letulle a conçu un idéal très désirable, mais il faut commencer par le commencement.

M. Napias voudrait que l'on distinguât dans la communication de M. Letulle ce qu'il est possible de mettre en pratique et ce qui est, au contraire, irréalisable.

M. Letulle n'a pas voulu parler seulement des médecins des hôpitaux de Paris. Le médecin, d'une façon générale, n'est pas propre et M. Letulle a voulu attirer son attention sur des mesures de propreté auxquelles il lui serait généralement facile de se plier.

Cette question restera à l'ordre du jour de la prochaine séance.

Dans cette même séance ont eu lieu trois importantes lectures :

M. Livache : *sur la variation de la composition de l'eau dans divers points de la canalisation à Paris.*

M. Lucas-Championnière : *sur les conditions matérielles d'une bonne salle d'opérations.*

M. Emile Trélat : *sur les eaux pures à Paris.*

La séance est levée à 11 heures.

VARIÉTÉS

Les étudiants étrangers à la Faculté de médecine de Paris.

Nous reproduisons ci-dessous, la partie du rapport de M. Brouardel au Conseil académique de Paris relative à la question des étudiants étrangers.

Sur près de 4,000 étudiants en médecine, la Faculté compte plus de 700 étrangers ou étrangères, c'est-à-dire près d'un sixième de l'effectif total. Elle peut être fière de cette clientèle, et elle est convaincue que ceux qui ont reçu d'elle leur instruction scientifique, n'oublieront pas, quand ils retourneront dans leurs pays l'accueil qu'ils ont reçu en France et la libéralité avec laquelle le gouvernement a mis à leur disposition toutes les ressources dont il dispose. Nul ne leur a jamais demandé ni leur pays d'origine, ni quels étaient leurs projets d'avenir, s'ils retourneraient exercer dans leur patrie ou s'ils resteraient en France.

La Faculté de médecine de Paris tient à honneur de persister dans cette voie, et nulle entrave venant d'elle ne s'opposera à ce que ce concours d'étrangers ne s'accroisse encore. Elle demande seulement à ceux qui viennent grossir les rangs de ses élèves de fournir la preuve qu'ils ont reçu une éducation littéraire et scientifique antérieure qui leur permette de profiter des leçons de l'amphithéâtre et des travaux de laboratoire. Elle se range, sur ce point, derrière l'approbation des Facultés compétentes, la Faculté des lettres et la Faculté des sciences.

Pour la Faculté de médecine, cette règle de conduite est justifiée par le désir de favoriser à l'étranger la diffusion de la science française et d'augmenter la sympathie des peuples étrangers pour notre patrie ; mais elle n'ignore pas que tout le monde, les étudiants, et en particulier les plus travailleurs, n'approuvent pas entièrement cette façon d'agir.

Les étudiants croient volontiers que les équivalences

des grades sont trop facilement accordées, et ils se plaignent de se trouver dans le cours de leur carrière scolaire dans un état d'infériorité vis-à-vis de leurs camarades étrangers. Quelques-unes de ces observations sont peut-être justifiées. Il ne dépend pas de la Faculté de leur ôter toute apparence de raison. En effet, les élèves travailleurs ont pour ambition d'arriver à l'*internat* dans les hôpitaux. Chaque année, sur 250 concurrents pris parmi les meilleurs élèves de la promotion, l'administration nomme 40 à 50 internes dans les hôpitaux de Paris; nos jeunes camarades ont pour compétiteurs non seulement des Français, mais les étrangers, et ceux-ci, que l'on croit avoir obtenu très facilement les équivalences de grades, n'ont pas leur carrière arrêtée par les exigences du service militaire.

Il y a donc pour nos nationaux une infériorité réelle. Mais je crois que si la Faculté était maîtresse de statuer sur les conditions du concours de l'internat, elle agirait comme l'administration de l'Assistance publique. Elle ferait remarquer à ceux qui pensent que les équivalences de grades sont trop facilement obtenues, que les étrangers qui les battent dans les épreuves du concours justifient l'appréciation de leur travail antérieur faite par les Facultés.

Quant aux autres, aux étrangers qui auraient bénéficié d'une trop grande indulgence, ceux là ne troublent en rien le développement régulier de leur carrière.

Cette question, qui, par moment, passionne depuis quelques années un grand nombre d'étudiants, mérite d'être traitée avec de grands ménagements, et je pense qu'il était utile de signaler son importance à nos collègues du Conseil académique. Comme bien d'autres problèmes, elle ne prendrait un caractère aigu que si chacun de nous n'était pas imbu des sentiments de modération et de justice qui sont un des caractères dominants du corps universitaire. Je suis convaincu, d'ailleurs, que les étudiants comprendront comme nous que leurs intérêts personnels et passagers doivent faire quelques sacrifices aux intérêts généraux et patriotiques de la France entière. Leur présenter cet argument, c'est être sûr de leur approbation.

Dans ce même ordre d'idées, la Faculté a eu le regret de ne pouvoir cette année ouvrir aux étrangers, comme elle en avait l'habitude, ses pavillons de dissection et de médecine opératoire. Le Conseil municipal de Paris, obéissant à un sentiment que nous-mêmes qui en souffrons n'aurions pas le courage de blâmer, a déclaré que les inhumations de tous les corps sortant des hôpitaux seraient gratuites, dès que ceux-ci seraient réclamés par les membres de la famille ou par un ami. En deux ans le nombre des cadavres dont nous pouvions disposer pour les dissections a diminué de moitié. Nous n'avons plus à donner par an qu'un cadavre à l'étudiant que les règlements obligent à disséquer.

Or, la Faculté de médecine possède depuis plusieurs siècles la réputation d'être une *Ecole d'anatomie*. Tous les ans des docteurs étrangers, venant de l'Angleterre et de l'Amérique du Nord et du Sud, arrivent à Paris pour rafraîchir leurs souvenirs anatomiques ou prendre des leçons de médecine opératoire. Cette année, nous avons dû refuser de fournir à 152 docteurs étrangers cet enseignement que, confiants dans la tradition, ils étaient venus nous demander. Ils ont pris alors le chemin de Berlin ou de Vienne. Nous nous efforçons de retrouver, dans les asiles, dans des dépôts de mendicité même éloignés de Paris, ces cadavres qui nous manquent. Nous comptons sur le concours des pouvoirs publics pour conserver notre antique réputation d'Ecole anatomique. Il faut qu'elle soit riche pour nos nationaux, ouverte aux étrangers.

NOUVELLES

Hôpitaux de Paris. — Concours pour trois places de médecins du bureau central. — La lecture des compositions écrites s'est terminée lundi dernier.

Sont admis à subir la deuxième épreuve (clinique), les candidats dont les noms suivent : Babinski, Charrin, Siredey, Thibierge, Robert, Delpeuch, Lermoyez, Bourcy, Richardière, Marfan, Lebreton, Morel-Lavallée, Achard, De Gennes, Havage, Gauchas, Mathieu, Deschamps, Florand, Le Gendre, Darier, Guinon (Louis), Widal, Galliard, Béclère, OEttinger, Duflocq, Gallois, Gilles de la Tourette.

Concours pour deux places de chirurgien du bureau central. — La question écrite a été la suivante : *Corps thyroïde. — Traitement des tumeurs du corps thyroïde.*

Le jury définitif est ainsi constitué : M. Guyon, président ; MM. Reclus, Berger, Monod, Audhoui, Tarnier, Richelot, M. Richelot ayant été absent lors de la première épreuve, le jury ne comprend que six membres au lieu de sept.

Corps de santé militaire. — Par décret, en date du 20 mars 1890, ont été promus dans le corps de santé militaire :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Talon.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Richard et Willigens.

Au grade de médecin major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Duc, Martin, Passebosc.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Ott, Pascaud, Ferraton, Bonnamy, Pruniéras.

— Par décision présidentielle, en date du 17 mars 1890, ont été réintégrés, avec leur grade, dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Jousset, Apostoli, Chevrier, Moser, Oui, Petitgrand, Cauchois, Hélot, Demange, Chandelux, Cobrat, Mollière, Vinay, Mélisson, Lasalle, Huguet, Maisonave, Chatin, Rabot.

MM. les médecins aides-majors de première classe Cauchy, Carpentier, Descamps (C.-A.), Descamps (C.-L.-A.), Dubron, Huart, Joly, Ménard, Hurpy, Taurin, Ansaloni,

Charpentier, Demandre, Le Bail, Papillon, Carion, Guérin, Guillaume, Leclerc, Reibel, Jourdan du Mazot, Leriche, Regnault, Sirop, Payan, Linarès, Bernard, Bineau, Francoz, Rebatel, Robert, Dubuisson, Kœnig, Besaucèle, Descomps, Gaillard, Garipuy, Guionnet, Massine, Vals, Darroze, Fontan, Guillon, Moure, Pomès, Ficheux, Lartisien, Ory, Putel, Richard, Serrand, Boudrie, Alirol, Armaignac, Bardy, Condou, Conord, de Beaurepère, Delille, Demay, Devernoy, Devillez, Grosclaude, Leboucher, Legollais, Metzquer, Nargaud, Persillon, Piérin, Rigodon, Roux, Simon (M.-V.-L.), Viaud, Dartigues, Fauny, Martin, Mérijot, Carrier, Chénieux, Lagrange, Hébert de La Rousselière, Simon (A.-C.), Gairal, Grollemund, Motais, Gornard.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Hyvert, Maymou, Guillaumin, Rondeau, Jourdan, Remi, Gautier, Baratier, Blanche, Bougon, Percheron, Châtelain, Vernier, Duverger, Alliod, Bütterlin, Ledoux, Delacour, Fabre, Calvet, Bouyet, Célice, Devezeaux de Lavergne, Ferreau, Grellely-Bosviel, Guillemot, Levère, Mathieu, Rioms, Biau, Bourgeot, Roux, Monnier, Barbaux, Chabalier, Herbert, Hugues, Millet, Pinguet, Hauquelin, Joly, Paget, Patel, Rambaud, Reynaud, Violet, Mourgue, Franciel, Mauquié, Tachard, Vinsonneau, Besson, Arnaudet, Charayrn, Crosnier, Hirtz, Rubé, Clément, Nicolle, Roche, Boriane, Coyteux-Duportal, Jary, Lagrange, Chailloux, Creuzé, Clénet, Ponroy, Jomard, Gallardon, Jablonski, Colas, Buvelot, Laydeker, Simon (J.), Meillet, Héliot, Pissot, Lorey, Mansuy, Pageot, Galtier, Horeau, Lelièvre, Petit, Blasart, Loranchet, Rigaud, Nouët, Cordier, Lavallée, Boudarel, Ducastel, Compin, Lebel, Rey, Guinand, Vétault, Costes, Chevallier, Dents, Dupuy, Monjou, Schwartz, Verron, Chesnel, Gaillard de La Roche, Lange, Bordenave, Lafaye, Janicot.

M. le pharmacien-major de deuxième classe Aumignon.

MM. les pharmaciens aides-majors de première classe Weil, Calloud, Tailleur, Gastineau, Thieulin, Ricau, Coriveaud, Guignot, Laborde, Séné, Sudour, Deschaintres, Dewisme, Mathon, Thomas.

MM. les pharmaciens aides-majors de deuxième classe Baron, Saunier, Jolly, Roy, Buisson, Duriez, Gras, Guyard, Munier, Blanquet, Brancher, Clerc, Heulot, Laurier, Mutin, Ligeoin, Cauchois, Vié, Dufraisse, Germain, Girard, Petit-Huguenin, Jacquot, Sergent.

Par décision ministérielle, en date du 20 mars 1890, les officiers du corps de santé militaire; dont les noms suivent, ont été désignés :

M. le médecin principal de première classe Claudot, pour l'emploi de directeur du service de santé du 4e corps d'armée.

M. le médecin principal de deuxième classe Barthélemy, pour l'emploi de médecin chef de l'hospice de Reims.

MM. les médecins-majors de première classe Tanfin, pour le 31e d'infanterie; Jeunehomme, maintenu à la gendarmerie de la Seine; Quod, pour le 34e d'artillerie.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Béchard, pour le 5e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; Fournot, pour le 5e chasseurs d'Afrique ; Boutié, pour le 108e d'infanterie; Haufmann, d'infanterie; Maupetit, pour le 131e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Foubert, pour le régiment de sapeurs-pompiers de Paris ; Ohier, pour le 5e régiment du génie ; Maubrac, pour l'emploi de surveillant à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires ; Maison, pour les hôpitaux de la brigade d'occupation de Tunisie ; de Casaubon, pour le 10e dragons.

MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Julia, pour le 14e chasseurs à cheval ; Vigerie, pour le 3e régiment du génie, Gontier, pour le 20e d'infanterie.

Corps de santé de la marine. — Par décret, en date du 21 mars 1890, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe, docteurs en médecine, Guinier, Vasticar, Blanc et Chauveau.

Faculté de médecine de Paris. — Conformément à l'avis exprimé par le Conseil général des Facultés, et en vertu du décret du 28 décembre 1885, la Faculté sera fermée du 30 mars au 13 avril. — Les cours, conférences et examens recommenceront le lundi 14 avril.

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1889-1890 sera ouvert le mercredi 16 avril 1890. Il sera clos le samedi 10 mai; à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 16, jeudi 17, vendredi 18, samedi 19, mercredi 23, jeudi 24, vendredi 25 et samedi 26 avril ;

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les mercredi 30 avril, jeudi 1er, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7, jeudi 8, vendredi 9 et samedi 10 mai.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté.

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Avis spécial à MM. les internes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, doivent joindre à leur feuille d'inscription, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne ou externe pendant le deuxième trimestre 1889-1890. — Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont de rigueur : les inscriptions seront refusées aux internes et externes des hôpitaux qui négligeraien de les remplir.

Asile Ledru-Rollin. — Le Conseil municipal de Paris, sur la proposition de M. Strauss, a voté lundi l'établissement d'un asile de convalescence pour femmes en couches dans la propriété léguée à la ville par Mme Ledru-Rollin et sise à Fontenay-aux-Roses.

Faculté de médecine de Bordeaux. — La Faculté a présenté, comme candidat à la place de professeur de physique, en 1re ligne, M. Bergonié, agrégé à la Faculté de Bordeaux, en 2e ligne, M. Bagnéris, agrégé à la Faculté de Nancy.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé le 21 mars par la nomination de M. le Dr Mouisset.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le Dr Duménil, directeur, est maintenu dans ses fonctions pour une période de trois ans.

Sureté générale. — M. le Dr Cazelles, ancien interne des hôpitaux de Paris, conseiller d'Etat en service ordinaire, est renommé, par un décret promulgué hier mercredi, directeur de la sûreté générale au Ministère de l'intérieur.

Faculté de médecine de Paris. — Le nombre des étudiants en médecine de la Faculté de Paris, en cours d'études au 15 octobre 1889, était de 3,894. Ils étaient répartis, par année, de la manière suivante :

Première année, 1,067 ; deuxième année, 481 ; troisième année, 616 ; quatrième année, 317 ; cinquième année, 1312.

Ces 3,894 étudiants comprennent 3,773 hommes et 121 femmes.

Sur ces 121 femmes, il y a 107 étrangères et 14 françaises.

Les 107 femmes étrangères appartiennent aux nationalités suivantes : américaine, 1 ; anglaise, 9 ; autrichienne, 1 ; grecque, 1 ; russe, 93 ; serbe, 1 ; turque, 1.

Sur les 3,773 hommes, on compte 3,151 français et 622 étrangers.

Donc, sur 3,894 étudiants en médecine, il y a 729 étrangers et étrangères et 3,165 Français et Françaises, c'est-à-dire près d'un sixième de l'effectif total.

Octroi de Paris. — Par arrêté en date du 14 mars 1890, ayant effet du 20 du même mois, M. le Dr Moussaud (Ferdinand-Alexis) a été nommé médecin de l'Octroi de Paris et chargé de la 2e circonscription, en remplacement de M. le Dr Lepage, transféré à la 6e circonscription par arrêté du 17 février dernier.

Par arrêté en date du 15 mars 1890, ayant effet du 20 du même mois, M. le Dr Poupon (Henri) a été nommé médecin de l'Octroi de Paris et chargé de la 6e circonscription, en remplacement de M. le Dr Lepage, dont la démission est acceptée.

Eaux minérales. — M. le Ministre de l'intérieur vient de supprimer l'emploi de médecin-inspecteur et de médecin-inspecteur-adjoint dans la station thermale de Vals.

Conseil municipal de Lyon. — M. le Dr Augagneur vient d'être nommé adjoint et sera délégué dans les fonctions d'officier d'état civil de la mairie du 2e arrondissement.

Nouveau journal. — Nous recevons le premier numéro de la *Gazzetta delle Cliniche*, publiée à Naples par les Drs Enrico Real et Ernesto Bruschini.

Laboratoire de tératologie. — M. le Dr Dareste, directeur du Laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'Embryogénie normale et tératologique le mardi 15 avril 1890, à 4 heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure, au Laboratoire de tératologie (bâtiment du Musée Dupuytren).

Association française pour l'avancement des sciences. — M. le Dr Ernest Hamy fera samedi soir, 29 mars, à 8 heures 1/2, à l'Hôtel des Sociétés savantes, rue Serpente, une conférence sur *les tribus sédentaires de la Tunisie du sud* (avec projections).

Société de médecine pratique de Paris. — M. le professeur Gariel fera mercredi soir, 2 avril, à 8 heures 1/2, une conférence à l'Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sujet : Etat actuel de l'éclairage électrique ; son avenir, ses avantages.

Nécrologie. — Le Dr Brusque, médecin adjoint à l'asile des aliénés de Vaucluse. — M. le professeur Westphal, de Berlin, mort le 27 janvier à l'âge de 57 ans. Westphal est mort morphinomane et, par une rencontre bizarre, on a constaté à son autopsie les lésions anatomiques de la maladie à laquelle on a donné son nom : l'atrophie du cerveau antérieur et des cordons latéraux de la moelle. — Le Dr Massiéra, de Nice, reçu en 1841. — M. Weill, pharmacien à Lyon, père de notre confrère de Paris, le Dr Justin Weill. — Le Dr Wackenheim (E.), de Bruyères-en-Vosges (Vosges), reçu en 1880.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Études de clinique infantile (syphilis héréditaire précoce, laryngite syphilitique, broncho-pneumonie par infection intestinale, prophylaxie de la rougeole et de la diphtérie à l'hospice des Enfants-Assistés), par le Dr Sevestre. Vol. in-8° de 148 pages, avec figures dans le texte, 3 fr. — Publications du « Progrès médical », Paris, 14, rue des Carmes.

Bulletin de la mortalité *du 15 au 22 mars* 1890. — Fièvre typhoïde, 9. — Variole, 0. — Rougeole, 35. — Scarlatine, 6. — Coqueluche, 15. — Diphtérie, Croup, 48. — Phthisie pulmonaire, 246. — Autres tuberculoses, 39. — Tumeurs cancéreuses et autres, 45.

Méningite, 33. — Congestion et hémorrhagie cérébrales, 45. — Paralysie, 5. — Ramollissement cérébral, 9. — Maladies organiques du cœur, 51.

Bronchite aiguë et chronique, 82. — Broncho-pneumonie et pneumonie, 110.

Gastro-entérite : Sein, biberon et autres, 49.

Fièvre et péritonite puerpérales, 3. — Autres affections puerpérales, 3.

Débilité congénitale, 26. — Sénilité, 30. — Suicides et autres morts violentes, 30. — Autres causes de mort, 197. — Causes inconnues, 7.

Nombre absolu de la semaine : 1106. — Résultat de la semaine précédente : 1185.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

L'ELIXIR ET PILULES GREZ chlorhydro-pepsiques (amers et ferments digestifs). — Dyspepsies, anorexie, vomissements de la grossesse.

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES. — **L'Emulsion Marchais** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand *Traité de médecine*, 1887).

ANÉMIE, CHLOROSE. Dragées **Cézard**, ne *constipe pas.*

VIN DE BAYARD pepto-phosphaté, le plus puisssant recontituant.

QUINIUM ROY granulé, extrait normal de quinquina soluble

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — A. Parent, imprim. de la Faculté de médecine
A. Davy, successeur, 52, rue Madame.